FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1968 1969

N° 34

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

AZOULAY Flory née MORYOUSSEF

le 18 mars 1939 à Marrakech (Maroc)

Interne des Hôpitaux Psychiâtriques de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1969

Contribution à l'étude des effets cliniques de l'Œnanthate de Fluphénazine (Moditen-retard)

Président : M. Pierre PICHOT, *Professeur*

Editeur

L. S.

28 - ÉPERNON

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1968 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

AZOULAY Flory née **MORYOUSSEF**

le 18 mars 1939 à Marrakech (Maroc)

Interne des Hôpitaux Psychiâtriques de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

Contribution à l'étude des effets cliniques de l'Œnanthate de Fluphénazine (Moditen-retard)

Président : M. Pierre PICHOT, *Professeur*

Editeur

L. S.

28 - ÉPERNON

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538115_0056

1er/3/1968

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Coste (F.), Debré (R.), Dechaume (M.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lacomme (M.), Lamy (M.), Laroche (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Maduro (R.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Turpin (R.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

A. — CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
à titre personnel	CABROL (Ch.)
— —	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
— —	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
— —	DESGREZ (P.)
— —	POLONOVSKI (J.)
Chimie Pathologique	SCHAPIRA (G.)
à titre personnel	CARTIER (P.)
— —	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale (à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
— —	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DJOURNO (A.)
— —	DOGNON (A.)
à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
— —	GOUGEROT (L.)
— —	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
— —	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
à titre personnel	BARBIER (P.)

	MM.
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
à titre personnel	LŒPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	MALMEJAC (J.)
—	PARROT (J.)
à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1° MÉDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
— —	BRICAIRE (H.)
— —	CORNET (A.)
— —	HOUSSET (E.)
— —	LAROCHE (Cl.)
à titre personnel	AZERAD (E.)
— —	BOUR (H.)
— —	BROCARD (H.)
— —	CAROLI (J.)
— —	FACQUET (J.)
— —	LAMBLING (A.)
— —	LAUNAY (Cl.)
— —	PAYET (M.)
— —	PERRAULT (M.)
— —	SIGUIER (F.)
— —	WORMS (R.)
— —	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et Thérapeutique générales	MAURICE (F.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J.)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
— — (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)

	MM.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
à titre personnel (neuro-psychiatrie)	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
à titre personnel (hématologie)	ANDRÉ (R.)
— — —	BOUSSER (J.)
— — —	DREYFUS (B.)
Cliniques médicales — Bicêtre	DEPARIS (M.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	PÉQUIGNOT (H.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Cliniques médicales — —	CONTE (M.)
Cliniques médicales — —	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique et Séméiologie médicales (Antoine-Chantin)	DOMART (A.)
Séméiologie médicale (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
à titre personnel	GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
à titre personnel	RICHET (G.)
— —	CROSNIER (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	ROYER (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BRISSAUD (H.)
à titre personnel	LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)

	MM.
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
à titre personnel	POLONOVSKI (Cl.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
à titre personnel	KREIS (B.)
— —	MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDOUX-LEBARD (M.)
—	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
à titre personnel	FISCHGOLD (H.)
— —	TUBIANA (M.)
— —	CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)

2° CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
— —	KUSS (R.)
— —	N...
à titre personnel	RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON (A.)

Chaires de Cliniques :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)	DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
à titre personnel	BRÉHANT (J.)

Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LÉGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)

	MM.
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
— — — (Saint-Louis)	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
à titre personnel	CHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
à titre personnel	GAUDART D'ALLAINES (Cl. de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
— — (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
à titre personnel	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BRÉGEAT (P.)
— — (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	CERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)

C. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie	GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.)
Médecine légale	CECCAL P.) HADENGUE (A.) FOURNIER (E.)
Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.) PELLERIN (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD (Fr.) HUGELIN (A.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Pharmacologie	SCHMITT (H.)

D. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

	MM.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

E. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)
Néphrologie	MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque. Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mme FORGET (F.), Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), LE QUANG LINH (G.), REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A Monsieur le Professeur PICHOT

qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

A Monsieur le Docteur DIGO

qui nous a permis d'entreprendre
ce travail dans son Service et
dont l'aide nous a été précieuse.

INTRODUCTION

L'étude clinique des effets d'un neuroleptique pose divers problèmes - notamment celui de la notion de guérison en psychiatrie, et, dans le cas qui nous intéresse, c'est-à-dire le traitement des psychotiques, celui des interférences multiples, interférences qui prennent un sens particulier chez ce type de malade, en particulier le schizophrène "qui est comme écorché par l'ambiance dont il révèle la couleur et la chaleur".

En effet, conjointement à l'administration d'une drogue - et cette administration n'est pas en elle même univoque, indépendemment de la voie d'apport - orale en comprimés ou liquide, parentérale - dans tous les cas interviennent une infinité de facteurs covariants.

En premier lieu "l'hospitalisation" et sa dynamique dans "l'économie" de chacun, l'accueil, la présence d'autres malades prenant ou non la même drogue, l'acceptant ou la refusant, "les effets dortoir," si l'on peut s'exprimer ainsi, le système plus ou moins répressif que constitue l'asile ; le personnel soignant et sa position par rapport au neuroleptique considéré (en effet qui n'a l'expérience de ces effets secondairesen particulier, si différents pour la même drogue en passant d'un service à un autre) surtout lorsqu'il s'agit d'une drogue nouvelle, en expérimentation, sa relation au médecin, la relation de celui-ci avec les malades soumis à cet essai de drogue nouvelle.

Interviendront également, le type d'hospitalisation, mode de placement, milieu fermé, malades alités ou au contraire pavillon ouvert, multiplicité des lieux de rencontre, d'expression, d'écoute... la possibilité ou non de prise en charge d'une apparente aggravation clinique qui pourrait s'inscrire dans le registre d'une amélioration même si elle perturbe "l'ordre, le calme, le journalier d'un pavillon".

Tout ceci ne fait qu'ébaucher les divers interférents qui doivent rendre très circonspect dans l'appréciation des effets "réels" d'une drogue en clinique humaine et qui posent le problème de la possibilité même d'une recherche qui se voudrait scientifique quand doit être prise en considération une infinité de variables, sans que souvent les paramètres définissant les rapports de variation puissent être établis avec précision, voire même appréhendés dans bien des cas.

Cela voudrait-il dire qu'il faille réaliser "un milieu optimum", "une expérience en laboratoire humain" si l'on peut s'exprimer ainsi - non - car le voudrait on qu'on ne le pourrait et l'aspect artificiel amènerait d'autres interrogations.

Un autre aspect du problème, et non des moindres est celui lié à l'observateur, au psychiatre chargé de "l'expérimentation" et à la nécessaire et difficile coopération entre plusieurs psychiatres, seule capable d'annuler le facteur temps sur lequel nous ne nous

étendrons pas, qui intervient à toutes les étapes de la recherche et constitue une donnée primordiale dans le champ de la maladie mentale. "Le poids donné aux différents symptomes dans la description des maladies mentales, les différents critères symptomatiques, pathogéniques ou étiologiques qui régissent la nosologie implicite de chacun, rendent la coopération de plus en plusdifficile dès qu'on rend plus précises les conditions d'expérimentation" (Pr. PICHOT). "Cette "babélisation" de la nosologie psychiatrique est encore plus évidente quand il s'agit de faire circuler des informations sur le plan international". (Pr. PICHOT).

En fait, "une partie au moins de ces difficultés peut être levée, grâce à l'emploi des échelles d'appréciation ("Rating Scale") et par l'utilisation de méthodes mathématiques appropriées rendues possibles par l'existence d'ordinateurs".

Une telle méthode présente des avantages mais aussi des inconvénients.

En effet :

- "Elle permet de rester au niveau symptomatique ou l'accord entre observateurs est satisfaisant".
- "Elle limite l'information aux données les plus discriminantes".
- "Elle uniformise les données recueillies".

Mais elle oblige :

- "à rester au niveau symptomatique et à une coupe dans la symptomatologie à un moment donné" sans tenir compte ni de l'histoire "passée" et à "venir" du malade, ni du devenir des symptomes, du mécanisme de leur résolution ou de leur remplacement, de leur dynamique, ni des interférents dont nous parlions plus haut.

Ceci pose le problème d'une recherche tendant à réinventer un nouveau système dynamique d'appréciation en clinique humaine, mais peut-être aussi en expérimentation animale, où nous dit-on, on utilise dans la recherche de nouveaux produits toujours les mêmes batteries de tests (dont nous ne mettons pas en doute la validité et qui ont fait leurs preuves). Ce qui aboutit souvent à la découverte de drogues de mêmes familles chimiques - peut-être l'invention de nouvelles batteries de tests conduirait-elle vers la découverte de produits tout à fait nouveaux mais non moins efficaces.-

Mais nos connaissances sont très réduites dans ce domaine aussi notre proposition ne constitue-t-elle qu'une attitude prospective et peut-être seulement une vue de l'esprit ?

Dans le cadre de notre étude nous somme restés classiques, sans toutefois nous attacher de façon précise à l'effet sur tel ou tel symptome, mais nous avons essayé d'appréhender la modification globale au niveau du malade, de son rapport à lui-même, à son milieu ambiant et à autrui.

Nous donnerons quelques observations parmi les 50 cas suivis tant à l'hôpiial psychiatrique qu'en dispensaire ou à domicile. Ces observations seront suivies d'un bref commentaire.

OBSERVATIONS

Observation n° 1. Mr. Ch.....

C'est un malade de 35 ans, présentant une forme de psychose un peu particulière évoluant depuis plusieurs années. Son symptome, c'était une angoisse psychotique. Pas d'idées délirantes, mais des sentiments délirants, une intuition d'hostilité.

Depuis un an, alcoolisation de couverture qui signifiait une aggravation. Plusieurs courts séjours à l'hôpital : chaque fois l'angoisse était jugulée rapidement et il quittait l'hôpital, mais l'amélioration était très brève... Au bout de 8 à 10 jours, il revenait avec une angoisse encore plus forte.

8 jours après la dernière sortie, il revient au dispensaire avec une angoisse intense. Devant l'échec des divers neuroleptiques jusque là utilisés, et à sa demande, on lui fait une injection de Moditen Retard (50 mg intra-musculaire sans le faire hospitaliser cette fois). Il est vu tous les jours ou tous les 2 jours. Son état apparemment s'aggrave. Son angoisse est massive mais pas de même nature : il est angoissé par l'état physique et psychique où il se voit: c'est à dire une inhibition psychomotrice intense, ses bras, ses jambes sont lourdes, sa tête comme dans du coton, il dort et mange à peine. Il est dans un état d'incurie dont il se rend compte, dont il souffre mais sans pouvoir rien faire.

Cela faisait penser à une dissociation de sa personne en ce sens qu'il y avait d'une part :

Mr. Ch... "hypnotisé"

d'autre part Mr. Ch... se voyant "hypnotisé" avec angoisse.

Ce n'était pas à proprement parler une dépersonnalisation mais une inhibition où il se sentait dans le coton, dans les nuages, sans être confus. On a l'impression d'un état non pas d'obtusion intellectuelle car il avait une bonne conscience de ce qui lui arrivait, mais une obtusion mécanique au niveau de son corps.

Au bout de 15 jours, il est sorti de cet état avec disparition de l'angoisse de l'inhibition, il songe à retravailler, cherche un emploi.

Dans ce cas, le Moditen Retard a eu l'effet d'une "cure de Sommeil" très particulière, d'une part parce qu'il ne dormait pas, d'autre part par ce "dédoublement contemplatif" - une partie de sa psyché regardant l'autre en "cure de sommeil", avec angoisse -.

Comme s'il avait pris un bain de Moditen Retard, et qu'au sortir de ce bain il y a une rémission très franche, bien plus nette que les rémissions antérieures quel que soit le neuroleptique utilisé.

Ceci nous amène à parler de 2 histoires qui nous ont semblé un peu similaires.

. l'une chez M. B... avec le Moditen par voie orale,

. l'autre chez M. G... avec le Moditen Retard.

M. B... après quelques jours de Moditen oral (400 mg) venait montrer qu'il était raide, ne pouvait pas bouger les bras et surtout qu'il était incapable d'avaler, il prenait un morceau de pain, le machait mais ne pouvait l'avaler... ceci était tempéré par le fait qu'il se mouvait sans problèmes, qu'il jouait bien au ping pong.

On lui demande alors de faire comme "avant" : on lui donne un morceau de pain qu'il mache et avale sans problème, puis "maintenant" - de nouveau incapacité d'avaler -

Pour M. G... avec Moditen Retard. Les troubles sont les mêmes que M. B... (troubles subjectifs de la déglution) aucune paralysie objective, mais une angoisse massive avec agitation psychomotrice nous obligeant à interrompre le traitement .

L'interprétation de ces troubles nous apparait difficile... il nous est apparu qu'il y avait là une sorte de communication non verbale transitoire, à travers "cette paralysie" sur tous

les plans, cette ostentation des troubles qu'ils subissaient en s'en rendant compte ; ils nous montraient leur incapacité, leur impuissance à réagir comme avant.

Observation n° 2. Mr. G... Lucien

Nous avons affaire à un jeune homme de 32 ans, longiligne, à la tenue soignée, parole lente. Très réticent, anxieux, agressif. Nous accuse de lui faire subir une hospitalisation injustifiée... Il n'est pas malade... La police est intervenue chez lui. Il doit y avoir erreur... Ne nous apprend rien sur le motif de l'hospitalisation, qui nous sont donnés par le rapport de police (P.O.).

M. G... a été appréhendé à la suite de troubles du comportement à son travail : vol de matériel dans des conditions "qui sont apparues bizarres" ayant avec l'aide de collègues à transporter des meubles de classement d'un atelier à un autre , au cours du chemin, M. G... fait arrêter le camion près de son domicile, prie ses compagnons de l'aider à décharger le matériel. Il en laisse une partie dans le couloir et enferme le reste dans sa chambre. Bien qu'assez étonnés, ses compagnons s'inclinent. Le lendemain son chef d'atelier accompagné d'autres employés de l'entreprise viennent récupérer les "objets volés". M. G... refuse de les recevoir, finit par ouvrir sa porte, leur affirme ne pas le connaître, ne les avoir jamais vus, et les prie de quitter son domicile. Ils essaient "en vain de la raisonner". Excédé M. G... devient violent, frappe l'un d'un coup de poing, griffe l'autre. La police intervient et fait hospitaliser notre malade.

Nous apprenons que les jours précédants cet épisode M. G... s'enfermait chez lui plusieurs jours de suite, ne quittant pas sa chambre.

A son arrivée dans le service :
Opposition passive et un peu niaise, ne comprend pas ce qui lui arrive, fait allusion à "des choses surnaturelles" à "une hostilité de ses patrons" "évoque" des problèmes qui le dépassent.

Il nous dit qu'il s'agit d'une première hospitalisation, n'a jamais été malade et demande sa sortie - demande que nous retrouverons de façon stéréotypée pendant plusieurs mois.-

Le diagnostic d'épisode primaire schizophrénique est évoqué - mais nous apprenons par la suite, qu'en réalité les troubles évoluaient depuis plus de 6 ans - avec un arrêt de travail de 3 années, pour dit-il "un petit quelque chose au poumon que j'ai soigné moi-même à la maison". Pendant cette période apragmatisme total, repli sur soi de plus en plus important, et refus de la maladie mentale et de l'hôpital Psychiatrique. Deux autres arrêts de travail de 6 mois et 9 mois "pour dépression" où il est hospitalisé dans une clinique psychiatrique en province. Pendant les premiers mois du séjour actuel : automatisme mental avec hallucination auditives, dépersonnalisation, syndrome d'influence et discordance qui persistent malgré les neuroleptique de même que l'apragmatisme total et la demande stéréotypée et inadaptée de sortie.

Il est mis d'abord au Moditen ordinaire à doses progressives jusque 500 mg. Ceci de Février 1967 à Juin 1967. Il ne se produit pas d'amélioration notable : le malade est totalement apragmatique, il ne parle à personne, ne participe à aucune activité dans le service. Persistance du délire avec hallucinations auditives "des voix de femmes lui parlent, surtout des choses gentilles..." syndrome de dépersonnalisation ; 1 à 2 fois par semaine, toujours de la même manière, le malade vient voir le médecin - "vous me faites ma sortie..." sont les seuls mots qu'il prononce - à aucun moment le contact ne s'établit.

Malgré le peu d'effet du Moditen oral (comme d'ailleurs des autres neuroleptiques au début du séjour) on essaie le Moditen Retard à des doses fortes : 250 mg tous les 15 jours.

Pendant près de 6 mois, on ne note pas de modifications nettes dans le comportement du malade ; ou plutôt si, mais non perçues comme amélioration : il vient toujours demander sa sortie de la même façon stéréotypée, mais il ajoute "je ne suis pas malade, j'accepte "votre" traitement pour ne pas faire d'histoires". Le délire n'est plus verbalisé - même plus de la manière pauvre du début - mais on le sent "réservé". Le malade est "comme tassé", il va seul faire de longues promenades, ne demande rien aux autres malades, ni aux infirmiers, répond d'une voix douce au bonjour qu'on lui adresse, se soustrait sans éclat aux activités qu'on lui propose "par le silence ou par un sourire".

Se pose pour nous le problème d'arrêter le Moditen Retard qui apparaît aussi peut efficace que la forme orale.

Je revois cependant plusieurs fois le malade avant de prendre une décision, d'autant que je ne voyais guère quelle drogue essayer après l'échec d'une large gamme de neuroleptiques.

De manière imperceptible d'abord, puis plus nettement s'opère une sorte de "déblocage" autant au niveau de son corps (qui s'anime si on peut dire, la démarche est plus souple, plus déliée, les yeux plus mobiles, le faciès plus expressif) que sur le plan verbal. Une ébauche de contact s'amorce (à travers une expression plus riche du délire). Si M. G... continue à demander sa sortie, cette demande qui reste inadaptée, ne se réduit plus à ces quelques mots "vous faites ma sortie", il introduit si on peut dire des éléments nouveaux... parle (bien que de façon délirante) de son patron qui va le reprendre "il le sait, il devine ce qu'on pense de lui... Ce que pensent ses employeurs... il verbalise son refus de travailler dans le service par crainte qu'on le garde trop longtemps.

Puis un matin, souriant, il vient me demander une permission (à plusieurs reprises, je lui en avais proposée, mais il avait toujours refusé en réclamant la sortie définitive.). Un peu perplexe, j'accède à cette demande et je le laisse partir seul 1 jour. Aucun incident, le malade revient à l'heure ; les semaines suivantes, il repart à nouveau en permission, 1 jour, puis 2 jours, puis 3 jours.

A son retour de permissions, il me fait part du déroulement de celles-ci.Les premières fois il ne sortait guère de chez lui, sans pourtant rester inactif : il réaménageait son logement, en faisait le nettoyage, petit à petit, son "cercle" s'élargissait : il contacte son assistante sociale, son employeur. En même temps, "il redélire" si on peut dire "on lui vole ses pensées", par moment il est téléguidé... Un jour il arrive, le bras gauche animé d'un tremblement rapide et ample "mon bras gauche est possédé, mon bras (et comme s'il découvrait que le bras était bien "partie" de son corps, il le saisit avec sa main droite, le palpe, en arrête le tremblement...) tremble quand je sens qu'il y a quelqu'un dedans...

Un autre matin, vient m'annoncer sa "découverte" d'un atelier de bois dans la section (atelier dont je lui avais parlé à plusieurs reprises - mais il n'avait guère "entendu") exprime son désir de "s'y refaire un peu la main - il est menuisier - M'explique à cette occasion "son apragmatisme antérieur" - "on l'empêchait," on lui "commandait " de faire autre chose... ne sait pas qui "on"- Maintenant peut décider de lui-même... il y a bien par moment son bras qui tremble... On note une petite ébauche de critique, "c'est peut être des idées que je me fais... je ne sais pas trop".

En même temps il "envisage", "prépare" sa sortie de façon adaptée : il a écrit à son assistante sociale lui demandant de l'aider dans la recherche d'un emploi puisque son patron se montrait peu désireux de le reprendre. Il règle ses problèmes de logement, paie ses loyers en retard, s'inquête de savoir où en était sa situation avec la sécurité sociale, Va-t-il continuer à toucher son 1/2 salaire, y aura-t-il une invalidité après - lui permettra-t-elle de faire un travail, ne serait-ce qu'à mi-temps. Parallèlement il est plus souriant, joue avec d'autres malades au ping pong, aux boules ou aux cartes... Travaille régulièrement à la menuiserie de la section où il se montre très compétent, rend de petits services autour de lui...

Une certaine rigidité avec roue dentée, nous décide à diminuer les doses (de 250 mg on passe à 150 mg tous les 15 jours puis à 100 mg - dose qu'il a maintenant depuis 8 mois).

L'évolution se poursuit de façon satisfaisante, une sortie est envisagée dans les semaines à venir.

> Nous voyons là le cas d'un malade chez qui le Moditen Simple, puis Retard ont semblé pendant plusieurs mois inefficaces. Le malade se "tassant", devenant "sans problème" pour le pavillon, se faisant oublier, ce qui un moment nous posait le problème d'un arrêt du Moditen. Mais le maintien d'un "certain

équilibre", l'absence de bouleversements brutaux tout au long de l'évolution, nous ont permis de temporiser et d'assister ainsi à une évolution franchement favorable, sur laquelle nous devons d'autant plus insister, qu'elle fait suite à une longue période où le traitement ne semblait guère antoriser de tels résultats.

En effet dans le cas de M. G... (et dans plusieurs de nos observations) après un "certain temps de latence" ou "d'imprégnation chronique" un certains nombre de modifications apparaissent : le malade se remet à délirer" mais personne ne s'y trompe dans le pavillon, il ne s'agit pas d'une aggravation... Cette "verbalisation" du délire - que le malade nous dit avoir été toujours présent - lui permet d'expliciter certaines conduites pathologiques, en même temps qu'il les abandonne, au moins partiellement. Elle s'inscrit dans un accroissement de l'importance du milieu actuel, des échanges avec ce milieu.

Il se produit à la fois une sorte d'éveil, de récupération de capacités d'élaboration, de reprise d'initiative, et de construction de projets d'avenir valables.

Observation n° 3. Monsieur H.... Daniel

C'est un jeune homme de 26 ans dont le premier épisode remonte à 1961. Il avait alors 19 ans et faisait son service militaire.

Début des troubles par : des hallucinations auditives, un syndrome d'influence et un certain degré de confusion "on me trouvait bizarre, je partais sans rien dire à personne, je rentrais en retard de permission , je ne pouvais m'en empêcher, j'étais téléguidé par des voix".

"Depuis ce moment là, c'est la même chose à chaque rechute".

Réformé au bout de 3 mois. Il revient chez lui. Son amie dont il a eu un enfant alors qu'elle avait 14-15 ans et lui 16-17 ans, le quitte. Très déprimé, déçu qu'elle l'ait trompé dit-il, il retourne auprès de ses parents et retravaille immédiatement "pour oublier".

Depuis 1961.

Une hospitalisation de 3 à 6 mois par an, tantôt en office, tantôt en placement volontaire. Le tableau est chaque fois plus riche. S'y adjoignent des épisodes d'excitation psychomotrice importants et une anxiété massive.

Quelques actes délictueux, menus vols de lingerie féminine surtout, et en 1965, vol de voiture - 6 mois de prison. La même année, il est hospitalisé dans le service.

En 1966 : Nouvelle hospitalisation lors d'un épisode d'exitation anxieuse avec automatisme mental, confusion et syndrome discordant.

Alcoolisme au vin blanc surajouté.

Malgré l'emploi d'un riche arsenal thérapeutique faisant appel à des doses importantes de Neuroleptiques (largactil, Nozinan, Haloperidol, Frénactil) puis Gamma OH et gardénal, tous les signes se montrent rebelles et ne commencent à s'atténuer qu'au bout de 2 mois.

On le met à ce moment là au Moditen Simple 300 mg par jour + correcteurs.

L'amélioration se poursuit et même s'accélère : bonne stabilisation de l'état thymique, disparition des troubles au cours de la pensée et du jugement, bon état somatique. Le malade sort en Décembre 1966 avec :

Moditen 25 n° 9

Artane 5 n° 3

Pendant un an, il retravaille régulièrement, fait la connaissance d'une jeune femme avec qui il s'entend bien. Le milieu familial le tolère bien.

En Décembre 1967 soit exactement un an après sa sortie (c'est la première fois qu'il tient si longtemps dehors depuis 6 ans d'évolution, avec une vie normale, tant professionnelle que familiale) M. H... revient dans

un état d'anxiété extrême.

Depuis 15 jours, instabilité psychomotrice, marche tout le temps dans sa chambre, ne tient pas en place. Insomnie rebelle, met très fort son électrophone de jour comme de nuit "ça me soutenait, ça m'empêche de penser... il fallait que je le fasse..." (hallucinations auditives ? s'en défend...).

Dans cet état, une petite discussion avec une de ses soeurs qu'il bouscule - elle tombe : il est littéralement terrorisé... "C'est un choc terrible, je pensais l'avoir tuée.. "Vous vous rendez compte docteur, j'aurai pu en faire une morte..."

Il demande refuge et protection à l'hopital contre un éventuel passage à l'acte.

Le premier jour dans le service, tension anxieuse massive, ne tient pas en place, vient toutes les 5 minutes dans le bureau... il n'en est pas sorti qu'il revient à nouveau, insomnie rebelle, fuite des idées. Il est mis immédiatement au Moditen Simple 300 mg + correcteurs * Largactil 75 mg.

L'amélioration de tous les signes est spectaculaire. 3 jours plus tard il demande à s'occuper dans le pavillon, me raconte l'évolution de sa maladie et me demande une permission pour Noël - soit 10 jours après son entrée. Celle-ci se passe sans incident. D'autres séjours dans sa famille ou auprès de son amie se passent également bien

et au bout de 6 semaines il sort très amélioré, à sa demande et à celle des parents très coopérants.

Il sort avec du Moditen 100 n° 2
Artane 5.

Mais il revient au bout d'un mois, cette fois ci rechute sur un mode dépressif, pas très marqué. Il explique son retour par le fait que le médecin de dispensaire a diminué deux jours plus tôt son traitement. Au cours de cet épisode dépressif qui peut s'inclure dans un contexte "d'éveil, une sorte de découverte de son état morbide et de sa situation sociale réelle", il exprime son anxiété devant cette maladie qui dure depuis maintenant plus de 8 ans. Sa dépendance vis à vis de parents agés, est préoccupé par son avenir, si les parents venaient à disparaître. Il se réfugie à l'hôpital devant la situation intolérable et anxiogène qu'il découvrait pour la 1ère fois. Car lors des épisodes antérieurs, jamais de telles préoccupations n'avaient été verbalisées, si toutefois elles devenaient conscientes.

En même temps étaient réapparues l'insomnie, et des impatiences "ne sait que faire de ses bras et jambes... ne tient pas en place".

Une simple modification de dose de Moditen Simple (150 mg) amène une diminution de la tension anxieuse. On prend rapidement le relais avec du Moditen Retard 75 mg intra musculaire tous les 10 jours + Ponalide

le même jour et les correcteurs habituels. Dès la première injection l'amélioration se poursuit - sédation rapide de tous les signes et du syndrome dépressif sans qu'on ait en besoin de thymoanaleptique. De courtes permissions d'abord, puis des séjours de plus en plus long dans la famille sont possibles - et le malade sort le 2 mai. Depuis, il revient régulièrement tous les 15 jours, voit son médecin, a son injection et le renouvellement de son ordonnance pour correcteurs.

Depuis 6 mois, le malade va bien. Disparition de tous les signes. Mais on note une sorte de tassement relatif - alors qu'après les séjours antérieurs, il recherchait du travail déjà lors des permissions et reprenait un emploi dès la sortie, cette fois-ci, il se contente de travaux de jardinage, faire des courses, sortir, revoir quelques amis, écouter des disques - attendant que son ancien patron ait un emploi à lui proposer.

En quelque sorte, on a l'impression que dans cce cas également, le malade suit une évolution analogue à celle de M. L... et M. G... (observations n° 2, n° 6). Il ne fait en quelque sorte plus parler de lui, tolère bien son milieu, y est accepté, rend de menus services. Il serait intéressant de voir si, ici aussi existera "ce que nous avons appelé d'un terme peut-être impropre "un temps de latence", "un temps d'adaptation" avant la reprise d'initiative, la récupération de capacités d'élaboratio

Observation n° 4. Mme K...

Il s'agit d'une femme de 50 ans, mère de famille, rapatriée d'Algérie. Jusqu'à son rapatriement ça allait. A partir de ce moment la malade développe un état schizophrenique avec : Autisme,
Apragmatisme total
Agressivité "délirante"
Episode d'excitation,
qui motive sa première hospitalisation. Elle est traitée au Nozinan + largactil par voie parentérale, puis per os. Amélioration plus ou moins importante de quelques mois, qu'elle passe auprès de sa famille.

Puis nouvel épisode d'excitation, Autisme, Apragmatisme, Agressivité, nouvelle hospitalisation - même scénario - Retourne à nouveau chez elle. Elle refuse assez rapidement de prendre son traitement et rechute. On la revoit lors d'une visite à domicile, on lui propose une seule piqûre toutes les 3 semaines de Moditen Retard. Elle finit par accepter. Ca va très bien pendant 3 mois. Elle reçoit bien son médecin, lui fait des gâteaux du thé. Se remet à la cuisine, commence à sortir, s'occupe de son ménage.

Il y a eu un espacement (accidentel) des injections. Reprise des mêmes troubles - agressivité, apragmatisme - elle refuse de recevoir son médecin, d'avoir sa piqûre qu'elle accuse de l'avoir rendue malade. Aggravation

progressive de l'état. Son médecin lui écrit régulièrement pour garder le contact. Elle ne répond pas mais on apprend qu'elle lit les lettres. Cette aggravation se poursuit pendant 3 mois. Les enfants ne peuvent plus la supporter. Le mari est hospitalisé - on procède alors à un semi enlèvement, elle se laisse hospitaliser.

On reprend dès son arrivée dans le service le Moditen Retard 100 mg en lui réexpliquant qu'elle n'aura qu'une piqûre tous les 15 jours ⟶ l'état d'excitation disparait très vite (dès le lendemain plus rapidement que lors des séjours antérieurs). Autisme, apragmatisme et agressivité qui dominaient le tableau s'atténuent puis disparaissent aussi.

Au bout de 15 jours, première permission, sortie au bout d'un mois. Elle continue à recevoir son injection de Moditen Retard tous les 15 jours et ceci depuis 7 mois maintenant. L'amélioration franche persiste chez cette malade, l'agression que constituait la piqûre journalière à été reportée dans un premier temps sur l'injection tous les 15 jours et dans un second temps, séparation de la "bonne" piqûre de la "mauvaise".

On peut se demander si l'amélioration sous Moditen Retard est analogue aux précédentes au cours de l'évolution des 6 dernières années. Il semble que non. De l'avis de la famille - qui a beaucoup investi la piqûre américaine, jamais Mme K... n'avait repris avec autant d'entrain, de goût,

ses activités ménagères et ses relations avec son entourage.

Dans ce cas comme dans plusieurs autres, nous avons observé une rechute ou du moins une ébauche de "moins bien" du fait de l'arrêt de la régularité des injections (parfois il a suffit d'un jour avant ou un jour après, sans que l'imprégnation puisse valablement être en cause).

On constate souvent que la date de la "prochaine" piqûre est inscrite soigneusement, investie comme un moment important, ne concidant pas forcément avec la consultation habituelle du médecin.

La rupture de ce rituel "bénéfique" apparait assez souvent préjudiciable.

Observation n° 5. Mme J...

C'est une femme de 60 ans, présentant une psychose hallucinatoire chronique : il s'agit d'hallucinations cénesthésiques avec préoccupations portant sur l'appareil digestif, la vision, appareil locomoteur,
- se sent possédée....

Chez elle, elle vaque peu à son ménage, fait à peine les repas de son époux retraité - Depuis plusieurs années, elle prend du Largactil, est hospitalisé par intermittence - sort sans qu'il y ait véritablement d'amélioration mais parce qu'elle ne peut plus tolérer l'hopital. Elle est suivie régulièrement au dispensaire où l'on est obligé de changer tous les mois ou 2 mois de neuroleptique sans que se produise d'amélioration ni subjective, ni objective. Dans cette optique d'un combat de la cliente et du médecin contre les hallucinations on utilise le MODITEN Retard 100 mg/15 jours. Dès la première injection, amélioration notable, Mme J... se met à aller au cinéma tous les dimanches. Encore beaucoup de sensations hallucinatoires, mais moins cependant. Elle fait une petite promenade tous les jours - même l'insomnie rebelle est améliorée - elle s'occupe davantage de son ménage, prépare des petits plats. L'amélioration, quelle signale toute différente des autres fois se maintient pendant 5 mois.

Récemment la malade refuse les piqûres, l'amélioration semble ne pas se maintenir aussi bonne. Les injections de

Moditen Retard sont arrêtées à la demande de la malade, avec le projet de les reprendre peut-être à l'occasion d'une aggravation de la rechute, qui reste légère actuellement.

Il faut signaler que comme dans l'observation 4 il y eut une sorte d'arrêt de la régularité des injections peu de temps avant le refus des piqûres par la malade.

Dans ce cas, le Moditen Retard a permis là où pendant plusieurs années d'autres neuroleptiques avaient été inopérants, une reprise des relations sociales importante , une diminution des sensations hallucinatoires cenesthésiques et un mieux être tant subjectif qu'objectif.

Observation n° 6. M. L... 28 ans.

Dans le service, première hospitalisation pendant 7 mois du 21 Octobre 1965 au 14 Mai 1966.

Ce séjour a lieu lors d'un épisode aigü au cours d'une schizophrénie évoluant depuis 1961 (plusieurs séjours, quasi continus en Hôpital Psychiatrique). M. L... est un jeune homme grand, pâle - il est peu mobile, les yeux baissés, le visage figé - Mutisme total - Crispation des muscles peri-bucaux à mettre sur le compte d'un parasitisme mimique. Discordance (à la fin de la première entrevue où il est resté tout le temps silencieux, anxieux, avec des attitudes d'écoute, il sifflote un petit air). Après quelques jours d'hospitalisation, "déblocage", le malade parle d'abondance, exprime un délire riche, thèmes mystiques et cosmiques ; quelques éléments persécutifs "des espions, des barbouzes l'épient, le suivent..." syndrome d'influence, de dépersonnalisation, "ce sont les autres qui me forcent à parler, à marcher, la voix de Dalida ce matin m'a disloqué. Mon corps n'est plus mon corps ; qui me fait parler français, qui me fait dire ce que je dis... ce n'est pas moi.. Vous connaissez votre bras mais moi quand je me pique, c'est mon bras qui se met à marcher tout seul..."

Pendant le premier mois d'hospitalisation, l'anxiété reste vive, le malade est toujours apragmatique et délirant, malgré les neuroleptiques.

Puis le "délire se tasse", mais on sent qu'il n'est que "réservé", si on peut dire. Aucune critique n'est ébauchée. L'anxiété disparait, le malade part en permission puis sort - bien qu'imparfaitement amélioré.

Un mois plus tard, (juin 66) il est réhospitalisé en placement d'office : "il est retrouvé errant, rodant autour d'une usine, mutique - Le gardien de nuit trouvant son "comportement anormal et inquiet devant le mutisme de M. L... qui se contente de lui dire "j'ai mal à l'estomac... c'est tout..." appelle police secours. Cette rechute psychotique 1 mois après la sortie se fait sur le mode négativiste."[1] Nous apprenons par la famille qu'il est quasi mutique depuis 10 jours - ce mutisme étant entrecoupé par intervalles par des phases d'excitation, des troubles graves du comportement "menace de se jeter par la fenêtre, poursuit sa famille avec des outils, des couteaux. Ces troubles apeurent sa famille qui se montre très agressive (milieu familial par ailleurs pathogène - nous reviendrons là-dessus).

Au début du séjour, mutisme total - le malade les yeux clos reste couché, refuse de s'alimenter - il vient spontanément au bureau, mais ne peut s'y asseoir - parasitisme mimique - stéréotypies gestuelles, agressivité sous jacente qu'il n'arrive guère à exprimer - phobie du contact tactile. Il semble par moment poursuivre un monologue inaudible et psalmodié.

Le tableau reste inchangé pendant plus d'un mois - on décide alors de le mettre au Moditen simple 300 mg puis 600 mg - Pendant un nouveau mois les modifications sont peu notables, sinon qu'il s'alimente plus volontiers - Puis petit à petit, il parle - Dissociation exprimée par une quête incessante de la mémoire, sentiment de transformation corporelle, préoccupations sexuelles,"crainte de la tentation homosexuelle à peine ébauchée puis plus clairement exprimée" - il vient tous les jours voir son médecin, pour calmer sa peur d'être "pédale", il exprime sa culpabilité d'aimer la compagnie des hommes, d'être même en vie. "Seuls Adam et Eve sont bénis de Dieu - les enfants, Dieu ne sait qu'en faire - ils n'étaient pas prévus..."

Pendant près d'un an, le malade est au Moditen Simple dont les doses ont été ramené à 300 mg. Il est calme, ne recherche pas la compagnie des autres malades qu'il évite même. Il fait quelques courtes promenades dans le parc qu'il découvre, il est toujours délirant, dissocié, à la recherche éperdue de sa mémoire, avec la même crainte homosexuelle.

En juin 1967 on le met alors au Moditen Retard 150 mg tous les 15 jours. Au bout de 3 mois, il se lie avec quelques autres malades, les promenades dans le parc ne sont plus solitaires. Par moment il rit, se détend, commence à jouer au ping pong, découvre l'imprimerie du service et demande a y travailler "pour faire sa formation professionnelle" il vient moins souvent voir son médecin, n'exprime plus d'idées délirantes, mais ne parle pas non plus de ses

nouvelles relations. Il part pour la première fois en permission auprès de sa famille - qui se manifeste alors - car nous apprend-elle "René est transformé... il n'a plus d'idées bizarres, il est gentil, s'occupe de ce qui l'entoure et manifeste son désir de revenir souvent à la maison" René revient dans le service - son habitus change, il est "doux, gentil, parle à voix basse et sereine, se rend avec une grande régularité à l'imprimerie, fait ses petites promenades quotidiennes en compagnie de quelques amis du pavillon - ne demande plus rien - se fait quasiment oublier - pour le voir, il faut à son médecin le rechercher - il rend quelques services aux infirmiers - part de manière régulière en permission dans sa famille, n'en parle guère à son retour ; n'exprime plus ni délire, ni désir de sortie. Cet état persiste inchangé depuis près de 6 mois.

Petit à petit, M. L... revient à nouveau spontanément revoir son médecin. Après une permission il rapporte une lettre de sa mère donnant son accord pour sa sortie. "Docteur, il faudrait que vous fixiez ma date de sortie j'ai envie de trouver un emploi... j'irai à nouveau habiter chez mes parents..." il a toujours été très réticent pour parler de sa famille. La mère répond cette fois au désir du médecin de s'entretenir avec elle. Elle nous brosse un sombre tableau de la constellation familiale. Le père "vieux tyran domestique, a fait vivre dit-elle toute la famille dans la terreur - témoin de Jehovah, il "catechisait" les trois garçons J, H et René, les emmenait dès leur tout jeune age à des réunions fort tard dans la

nuit, les faisait vivre dans les interdits multiples de cette secte. Il est par ailleurs éthylique, violent depuis plusieurs années, il occupe seul le domicile, l'épouse vivant dans la cave, les deux filles débiles, dans une chambre de bonne louée près de leur domicile.

H. 32 ans est interné depuis de longues années dans un hôpital psychiatrique.

J. aussi "malade" que H et R a été hospitalisé "il s'en est tiré dit-elle en vivant à la campagne après avoir épousé une jeune femme, elle même témoin de Jehovah..."

La mère d'un niveau limite, dépressive, dépassée par ces multiples problèmes, son conflit avec l'époux qu'elle rend responsable de la maladie des trois garçons, ne peut accepter la "charge" de René s'il sortait. Elle veut bien l'avoir en permission, qu'elle nous dit se passer sans incident, mais pas en sortie définitive.

Devant un tel tableau, la réintégration de René dans un tel milieu ne nous apparait guère souhaitable.

René élude dans un premier temps les problèmes de ses relations avec sa famille, n'exprime ni agressivité ni attachement particulier - par moments cependant dans les derniers mois il exprime un désir d'autonomie qui n'ose s'affirmer "il faut que les jeunes se trouvent une place, puissent parler... puis petit à petit, de la formulation "en général" il emploie le "je". Il continue à se rendre dans sa famille, mais au lieu de rester chez lui, il se

présente de lui-même chez divers employeurs, écrit pour solliciter des places - fait des démarches fort adaptées auPrès de l'assistante sociale - vient souvent parler des difficultés d'embauche - cherche un moyen d'expliquer aux employeurs son manque de certificats de travail. Prend un peu de distance vis à vis de sa famille, envisage d'aller plutôt habiter dans un foyer de jeunes travailleurs "j'irai dimanche dans ma famille - vous savez quand on est toujours ensemble ça ne va pas très bien... mon père est très gentil, je ne lui en veux pas(...) mais il aime commander et quand je réponds... sourire... vous comprenez... il faut que je me débrouille seul maintenant...".

Ce jeune schizophrène paranoïde hospitalisé de façon presque continue de 1961 à 1968, sans amélioration notable pendant les différents séjours, semble avoir évolué en deux temps sous Moditen Retard.

Une première phase de plusieurs mois où il apparaissait "tassé, réduit, gentil, se faisant oublier dans le pavillon, avec un apragmatisme camouflé sous une occupation stéréotypé à l'imprimerie du service.

Au bout de 8 mois environ, il sort petit à petit de cet état, redécouvre l'espace qui l'entoure, l'utilise - le contact avec les malades (tous des hommes) qu'il fuyait

s'établit peu à peu, les échanges avec le milieu augmente - il aborde petit à petit le problème de sa relation avec ses parents..Surtout élabore des projets d'avenir et s'emploie de façon adaptée à leur réalisation.

En Octobre 1968 il est sur le point de quitter le service avec un emploi qu'il avait réussi à trouver et attendant son admission dans un foyer de travailleurs.

Observation n° 7. Mme B...

Il s'agit d'une femme de 45 ans, séparée depuis plusieurs années de son mari : elle a un fils de 20 ans. Elle est suivie au dispensaire tous les 2 mois environ, où elle se faisait donner du largactil qu'elle ne prenait pas.

Deux hospitalisations pour agitation qu'un traitement au largactil avait fait céder. Lors des visites à domicile, elle reçoit plus ou moins bien son médecin - parfois elle parle de son délire "elle entend son mari lui parler", mais le plus souvent, très grande réticence. Grande difficulté à lui faire accepter et prendre aucun neuroleptique, Moditen Retard y compris.

Une nouvelle crise d'agitation nous amène à l'hospitalisation à nouveau. Délire d'influence, pas d'autisme, pas de discordance. On la traite à nouveau au largactil plus Nozinan. Un très léger mieux. On arrête les neuroleptiques, et elle reçoit une injection de 75 mg de Moditen Retard. L'amélioration est plus nette.

La malade cesse de délirer, sans critique, ni sans qu'on ait l'impression d'un délire enkysté ou réservé. En même temps reprise des relations sociales, elle va en permission chez sa famille - puis sort - elle passe ses vacances en Italie. L'amélioration persiste avec 75 mg de Moditen Retard tous les 15 jours.

Ici le Moditen Retard à servi à pouvoir se priver du Largactil, Nozinan peu actifs et dont elle ne voulait pas, ni en piqûres, ni per os.

Une dose de neuroleptiques modérée à permis de rétablir un réseau de relation socio affectif correct.

Observation n° 8. M. B... Roger, 43 ans.

Nous voyons pour la première fois M. B... en septembre 1967. Il est hospitalisé à la suite d'un état d'excitation en rapport avec un épisode délirant hallucinatoire et interprétatif "des gens s'étaient mis à faire la bringue au-dessus de mon logement - ce sont des femmes - je les entendais - je comprenais bien qu'il s'agissait de parties d'amour, à leurs rires, leurs cris... Elles faisaient cela pour me narguer... moi qui suis triste, déprimé..." son discours est dit sur un ton monotone - l'anxiété est grande - attitude d'écoute par moment.

Nous apprenons que cet épisode aigu survient au décours d'un état d'apragmatisme total chez un malade autistique, depuis plus de 2 ans : il passait des heures entières assis sur une chaise, ne bougeant pas, ne parlant à personne...

En reprenant les antécédents on retrouve :

En 1953 : une hospitalisation de quelques mois pour désintoxication éthylique - M. B... est caviste - mais il semble s'agir plutôt d'un "éthylisme de couverture" car déjà à ce moment on note des troubles à type d'anxiété, vagues thèmes persécutifs, apragmatisme pendant plusieurs mois, impulsivité, fugues. A la sortie de l'hopital, il reste totalement inactif pendant 1 an. (Depuis 1953 s'abstient de toute ingestion d'alcool...), puis reprend son emploi de caviste pendant 12 mois tant bien que mal jusqu'à la réapparition

d'un délire de persécution "si quelqu'un toussait derrière lui, c'était pour lui cracher dans le dos, une voiture qui passait, était là exprès pour lui barrer le chemin, une poubelle devant une maison, c'était pour l'insulter..." en même temps fugues répétées, impulsivité, agressivité, violences à l'égard de l'épouse et des enfants. Nouvelle hospitalisation de 1955 à 1956 : electrochocs, insuline, faible amélioration, il retravaille cependant quelques mois puis nouveau séjour bref en hopital psychiatrique en 1957. De 1957 à 1960 → Reprend la vie familiale et professionnelle.

Rechute et hospitalisation en 1960 : conduites phobiques : peur de se lever, peur de sortir, peur des foules... se rend à son travail à n'importe quelle heure... sés collègues le regardent ils lui veulent du mal... les gens dans la rue lui sont hostiles... atténuation des troubles, retourne à nouveau dans sa famille, reprend son emploi... mais il se replie sur lui même de plus en plus, jusqu'en 1965 où il donne sa démission.

Depuis cette date, repli sur soi, apragmatisme, apathie entrecoupée d'épisodes d'excitation où il devient violent.

Au début de l'hospitalisation actuelle on le met au largactil, halopéridol. Aucune amélioration : il est toujours délirant, de plus en plus autistique. En même temps apparaissent des troubles neurologiques extra pyramidaux : rigidité, tremblements.

On le met alors au Moditen par voie orale, pas plus d'amélioration et apparition d'une dystonie d'attitude (incurvation latérale du corps, l'épaule droite est denivellée de 6 à 7 cm par rapport à l'épaule gauche, déhanchement). La modification des doses (et l'adjonction d'antiparkinsoniens) fait disparaître en 3 à 4 jours cette dystonie d'attitude. Mais au bout de 15 jours - 3 semaines elle réapparait. On le met alors au Moditen Retard, 75 mg/15 jours. A nouveau disparition de cette attitude vicieuse très rapidement, mais elle réapparait au bout de 2 mois ; les modifications de doses ultérieures et l'adjonction de fortes doses d'antiparkinsoniens font disparaître mais seulement transitoirement cette dystonie, ce qui nous oblige à interrompre le traitement pourtant assez efficace. En effet disparition de thème délirants, de l'anxiété, ébauche de critique, Le malade est mieux toléré par la famille qui le prend en permissions de plus en plus longues (alors que pendant les premiers mois, la famille refusait même de venir le voir à l'hôpital, nous avertissant qu'elle ne viendrait lui rendre visite et ne le reprendrait que lorsqu'il sera guéri).

Le malade est sorti un mois après l'arrêt du Moditen (non remplacé par un autre neuroleptique), l'amélioration se poursuivant.

Il est à noter qu'outre la dystonie d'attitude, M. B... présentait également un certain degré de rigidité, un tremblement et une

hypersialorrhée. Le tout ayant regressé totalement à l'arrêt des injections.

La détérioration psychique rend aléatoire une réinsertion professionnelle. Le malade est en invalidité, bien toléré depuis 5 mois maintenant par la famille qui le trouve très amélioré. Il rend de menus service à la maison (courses, bricolage, jardinage) et semble avoir retrouvé une certaine place et un certain rôle dans le milieu familial.

Observation n° 9. M. W... Guy

Jeune homme de 26 ans dont les premiers troubles remontent à 5-6 ans lors du service militaire.

La constellation familiale est très pathogène.
Père : éthylique, syphilitique avec des épisodes d'agressivité, de violences, interné 10 ans à Villejuif. Mort en 1961 d'un ramollissement cérébral. La mère décrit Guy comme terrorisé par ce père, ce qui l'a obligé à le mettre en pension chez les prêtres de 12 à 17 ans.

1 frère, plus agé de 17 mois. Hospitalisé depuis 3 ans en hôpital psychiatrique. La mère l'ayant gardé à la maison pendant 4 ans, totalement apragmatique.

La mère hyperprotectrice, très attentive de toujours à tous les faits et gestes de ses deux garçons dont elle scotomise complètement la maladie mentale - quelle cache à son entourage et même aux assistantes sociales, refusant de se présenter au dispensaire de son secteur afin qu'on "ne sache pas ce qui n'est pas vraiment" - car les enfants sont fatigués ont quelques "troubles de la mémoire" mais "hormis ça tout va bien". De tous temps, enfants, adolescents et plus tard adultes, ils ne sortaient jamais seuls. "je ne les ai jamais quittés" (là elle oublie le séjour en pension de Guy), pour qu'il ne leur arrive pas des choses que je n'ai pas désirées". Très attentive à dépister les amis dont "elle craignait la mauvaise influence".

Dans son discours ininterrompu et agressif vis à vis des médecins qui n'arrivent pas à lui donner des garanties de guérison totale, elle parle de manière indifférenciée d'elle même, de son fils, raconte leur histoire mêlée, symbiotique.

Guy suit une scolarité a peu près normale. CEP. Entre dans le technique où il apprend l'électricité, échoue une première fois au CAP, une seconde et une troisième fois. Il a 17 ans, travaille comme monteur électricien. Part au service militaire. Déjà à ce moment désintérêt pour ce qui l'entoure, apragmatisme relatif. Paradoxalement il passe un service militaire complet, mais dans une place de choix - il est planton ce qui lui permet de passer de longs mois assis dans un bureau sans avoir rien à faire - déjà 6 mois après son incorporation, alors qu'il charretait des brouettes, il a senti "des trépidations dans les nerfs" "c'est ce qui m'a rendu nerveux et fatigué - j'ai eu alors la place de planton".

Sa mère dit qu'ale se rendait bien compte que ça n'allait pas - il se plaignait toujours d'avoir une grosse tête, d'être fatigué... "je pensais qu'il avait des vers".

Au retour du service militaire en 1964 - fatigué, fatigable - ne désire plus sortir de chez lui. On le traite pour des vers intestinaux, espérant que le "temps arrangera les choses". Les vers s'en vont - l'apragmatisme progresse - Guy ne quitte plus la maison sinon

accompagné par sa mère qui l'emmène au marché. Il s'isole, passe ses journées allongé, ailleurs, sa mère lui apprend à repasser - il ne cherche guère du travail, d'ailleurs sa mère ne le voulait pas :"pensez-donc, s'il tombait d'une échelle, je préfère le garder comme ça".

On le voit pour la première fois en Mai 1965.
- Présentation asthénique, s'affale sur le siège, d'un ton neutre se plaint (ou plutôt sa mère) "d'être dans la lune", n'entend pas, ou ne se rend pas compte de ce que sa mère (son seul univers relationnel) lui dit. A ce moment, a l'impression d'avoir des difficultés à rassembler ses idées.

Il vient dit-il pour des examens, se reposer, guérir sa fatigue et ses troubles mnésiques.

Ce qui domine "c'est un couvage maternel, cette vie symbiotique avec la mère - l'apragmatisme sur tous les plans. L'impression de vide de la pensée. La passivité massive "il est là - ne demande rien - le médecin a décidé l'hospitalisation".

Pas de thèmes délirants verbalisés, et contact très superficiel.

Dans le service, le malade au bout de quelques mois s'enkyste dans une activité purement automatique (il va régulièrement à l'imprimerie) et ceci malgré traitement neuroleptique plus tofranil.

En février 1966 Moditen per os : 100 mg. Une petite période où il est plus tonique, mais sans initiative, parle - un peu - de ses difficultés à communiquer, puis il se referme à tout contact et l'apragmatisme total persiste. On arrête le Moditen, le majeptil est essayé - sans résultats - on reprend 4 mois plus tard le Moditen per os à fortes doses - jusqu'à 600 mg, puis 300 mg - et l'on commence après 2 mois du Moditen Retard à 100 mg tous les 15 jours. Le contact reste superficiel et lointain. Guy s'est arrangé une existence autistique partagée entre l'hôpital où il passe la majeure partie de son temps, et de brèves permissions chez une mère hyperprotectrice et ne le tolérant jamais plus de 24 à 48 heures. Aucun élan vital.

Pendant plusieurs mois, M. W... reste bradypsychique accomplissant toujours la même activité automatique à l'imprimerie, entrecoupée par les brefs séjours auprès de sa mère, venant le chercher le matin et le ramenant le soir ou le lendemain.

De manière très progressive, on le voit moins isolé il échange quelques mots avec d'autres pensionnaires, puis avec le surveillant du pavillon. Vient me voir spontanément, exprimant le désir de participer à une promenage organisée dans le service ; petit à petit, il évoque une éventuelle sortie - mais là son élan est vite arrêté par la mère "Elle ne le reprendra qu'avec des garanties de guérison totale, sans risque de rechute..."

Elle accepte cependant et très progressivement des permissions de plus en plus longues. Quelques jours, puis une semaine, un mois et depuis maintenant 1 an, il est dans sa famille ne revenant dans le service que tous les 15 jours pour sa piqûre. Je l'ai revu très régulièrement toutes les 2 semaines. Il est moins bradypsychique, souriant, voire gai. De plus en plus, il sort seul de chez lui, fait les courses sans sa mère, va au cinéma. Il cherche un travail, "épluche" les offres d'emploi des journaux, écrit ou se présente. Exprime des difficultés à trouver une place, après tant d'années d'inactivité et sans références. En même temps, il s'est inscrit au reclassement professionnel. Ces derniers mois, il aborde ses problèmes sexuels, "sa timidité" avec les femmes - voit quelques amies "pour bavarder"... le contact est meilleur.

Ici le Moditen Retard, après l'échec des autres neuroleptiques à permis au malade de mieux tolérer son milieu normal, devenant lui même plus sociable pour ce milieu. Mais cette "adaptabilité" si elle est précieuse dans un environnement thérapeutique ou tout simplement lors du retour dans une famille "normale" ne laisse pas d'être quelque peu inquiétante lorsqu'on voit le malade se reinserer confortablement dans un milieu franchement pathogène. Nous hésitons à considérer comme un succès de telles sorties, pourtant inespérées, et dont il faut sans doute se résigner à penser que dans l'état actuel de la thérapeutique, il

serait illusoire de prétendre faire souvent beaucoup mieux.

Observation n° 10. M. J...

Il s'agit d'un homme de 49 ans. Le début des troubles ou du moins le premier séjour en milieu psychiatrique remonte à 1964, il est alors hospitalisé pour :

etat d'agitation confusionnelle, avec fugue de son domicile, thèmes délirants mégalomaniaques.

M. J... disions-nous est un homme de 49 ans. Il est marié depuis 30 ans, 4 enfants. Bonne entente familiale. Pendant la guerre, grande activité dans la résistance. Il est ingénieur. A été l'inventeur d'un tracteur "jugé comme révolutionnaire". Il s'installe à son compte pour exploiter sa découverte. Les affaires marchent mal et influent sur son caractère : il devient très irritable. Les co-actionnaires qui avaient avancé la plus grosse partie des fonds seraient plus ou moins en procès avec lui et tout au long de ce premier séjour, il s'estimera persécuté, faisant de fréquentes allusions aux mauvais agissements de ses anciens associés.

On note cependant déjà des modifications du comportement depuis 1957, à la suite d'un traumatisme cranien avec perte de connaissance immédiate. Il se plaint souvent de céphalées - on note une baisse des activités. Il est de plus en plus renfermé, replié sur lui-même -

L'épisode ayant motivé l'hospitalisation regresse assez rapidement et le malade quitte l'hopital au bout de 3 mois pour se rendre dans sa famille.

Un mois après la sortie, reprise des troubles : "syndrome délirant hallucinatoire avec thèmes persécutifs". Automatisme mental. "Les médecins ont une machine à influencer la pensée, à diriger le cerveau. C'est la machine qui lui impose ses mouvements... On devine sa pensée. Il est l'objet d'une surveillance continue - pour preuve le micro que la police a installé chez lui... Fugues nocturnes avec amnésie".

Pendant le séjour, anémie sévère (1600.000 globules rouges) (déjà en 1963 anémie avec leucopenie, thrombopénie, splenomégalie et hépatomégalie - malgré des explorations poussées l'anémie reste sans diagnostic étiologique) avec mégaloblastose. L'exploration complète en milieu spécialisé élimine le diagnostic d'anémie de Bernier, de même qu'une hémopathie maligne. L'anémie se répare et reste à nouveau sans diagnostic étiologique.

Dans le service, disparition progressive des phénomènes hallucinatoires. Persiste des thèmes de préjudice assez mal systématisés. Pendant le séjour de 20 mois il n'a présenté aucun nouvel épisode d'agitation psychomotrice. Après quelques brèves permissions où il est plus ou moins bien toléré par sa famille, il sort avec un traitement d'entretient à base d'Halopéridol, Nozinan et Artane.

3 mois plus tard, nouvelle hospitalisation en placement d'office : depuis sa sortie apragmatisme, apathie, entrecoupée de brefs épisodes d'agitation psychomotrice terrosisant la famille qui le tolère de moins en moins.

Il est interné à la suite d'une crise d'agitation pendant laquelle il a tenté de défenestrer un ouvrier plombier venu faire une réparation à son chauffe-eau. D'abord réticent, "banalisant l'épisode "échange de quelques invectives avec l'ouvrier au sujet d'une divergence de vue technique" il exprime ensuite un vaste délire : "l'ouvrier avait été appelé pour détraquer le chauffe eau, mettre des tuyaux truqués pour l'asphyxier... Multiples interpretations actuelleset retrospectives."

La famille est vraiment terrorisée : l'épouse, la fille passent des nuits blanches, guettant ses réactions car il est insomniaque, fugueur, irritable, ne supporte plus personne, est totalement apragmatique.

Au bout de plusieurs mois de traitement il part pour de courtes permissions dans la famille. L'inquétude de celle-ci persiste "il ne prend pas son traitement... on a toujours peur de ses réactions et on s'empresse de le ramener au bout d'un jour ou deux à l'hopital" Lui même n'extériorise plus dans le service aucun thème délirant. Aucune critique n'est entreprise. Il ne participe à aucune activité.

On le met alors au Moditen Retard 100 mg tous les 15 jours. Sur ces entrefaits, la fille met au monde un bébé dont elle confie la garde à la mère, elle-même devant travailler. La famille ne tolère plus la venue de M. J... à la maison, la fille ne pouvant se faire à l'idée de laisser son enfant à la mère si son père est à la maison. Après deux mois sous Moditen Retard, on arrive à convaincre

la famille de faire un nouvel essai de permission, la rassurant sur le plan du traitement puisque l'injection de Moditen Retard est faite à l'hopital. Des permissions d'un jour puis deux, puis trois se passent sans incident. Mme J... nous dit "qu'il n'est pas complètement changé, qu'il a toujours son caractère, mais qu'on peut maintenant discuter avec lui ; s'il se fache encore, il le fait "normalement". M. J... nous apparait très amélioré. Un meilleur contact s'établit autant avec nous qu'avec sa famille. Il est réconcilié avec sa fille. Le délire n'est sûrement pas disparu - bien que non extériorisé, il banalise à nouveau la querelle avec le plombier "divergence sur la technique de visser des écrous..." il en parle avec une certaine anxiété.

Les permissions dans la famille sont de plus en plus longues... 1 semaine, 15 jours, puis 1 mois, M. J... reçoit régulièrement son injection tous les 15 jours. Il s'occupe à la maison. L'inquétude de la famille s'attenue progressivement. On envisage une éventualité de sortie si les 2 permissions d'un mois se passent sans incidents. - ce qui est le cas et le malade sort en septembre revenant dans le service en post-cure et pour son injection tous les 15 jours.

Ici le Moditen retard a permis, par l'assurance de son administration règulière, d'une part de rassurer une famille terrorisée, qui de ce fait a mieux toléré

le malade, d'autre part sur le plan de M. J.. le délire n'est plus extériorisé mais il n'a pas pour autant disparu. Par contre les crises clastiques, les troubles du comportement à type de fugue ont regressés. M. J... retrouve une place dans sa famille qu'il tolère mieux. L'augmentation des échanges avec son milieu l'abandon de l'apragmatisme, la progressivité de l'évolution, l'absence d'à-coups, sont à coup sûr pour beaucoup dans cette évolution de la "tolérabilité" par le milieu.

Le degré de détérioration intellectuelle l'âge (50 ans) ne nous permettent pas d'espérer une réinsertion socio professionnelle, en rapport avec les possibilités antérieures de M. J...

Observation n° 11. Mademoiselle L...

Schizophrène hospitalisée depuis 20 ans. Fortement hallucinée. Les hallucinations les plus spectaculaires sont psychomotrices survenant par accès (plusieurs fois par jour) : elle est hantée par un bandit "qui lui serre la gorge, l'empêche de manger, la fait hurler", "le bandit lui a volé ses antennes, quand on arretera le bandit et qu'on lui rendra ses antennes elle guerira" en attendant sés acces se renouvellent une dizaine de fois dans la journée. Elle est assez bien acceptéedans le pavillon où elle participe -un peu - à quelques activités.

Depuis 20 ans, tout a été essayé, neuroleptiques cures de sommeil, rien n'y fait. On essaie le Moditen par voie orale, puis retard 100 mg/15 jours : pas d'aggravation - pas d'amélioration - Le même "équilibre" si l'on peut dire persiste.

Ici le Moditen a été utilisé comme remplaçant d'autre chose qui ne marchait pas.

Observation n° 12. Madame J...

C'est une schizophrène jeune, de 26 ans. Elle a déja présenté deux accès aigus délirants ; le 2ème épisode a été jugulé par des neuroleptiques habituels (Nozinan, Largactil). Peu de temps après elle refuse de prendre sa dose quotidienne de Nozinan. On décide alors de prendre la relève par le Moditen Retard 50 mg intra musculaire : très rapidement déclenchement d'un 3ème accès délirant erotico mégalomaniaque. Il est difficile de dire si le Moditen Retard y est pour quelque chose... En effet le fait qu'elle commençait à refuser ses médications pouvait être un indice d'une rechute déjà amorcée... En tout cas le Moditen Retard n'a pas empêché l'aggravation et on a même l'impression qu'il a hâté la rechute... sans avoir d'argument décisif pour l'affirmer.

Dans le Service cet accès a de nouveau été jugulé comme les deux autres par neuroleptiques habituels qu'elle continue pour le moment de prendre régulièrement.

Se pose le problème de savoir si on oserait tenter un nouvel essai dans ce cas... surtout comme remplacement des médications orales dans le cas où elle les refuserait à nouveau ?

Observation n° 13. Monsieur S... - 42 ans.

Schizophrénie ancienne évoluant depuis 1946 avec hospitalisation ininterrompue. Apragmatique, dissocié, - discordant, enfermé dans son univers autistique. M. S... s'est aggravé lors d'une tentative de sortie et a présenté des impulsions agressives envers son frère, sa belle soeur, ainsi qu'envers lui-même, sans passage à l'acte.

Quand il revient dans le service après cet échec d'une tentative de sortie, M. S... est calme, figé - repète sans arrêt des propos bizarres et incohérents "c'est dedans, c'est dessus, c'est dessous, c'est dans le corps..." Sourires discordants... "j'entends des voix devant les yeux... c'est dans l'assiette... embrasse sur le bouche et on verra... masculin singulier, pluriel féminin..."

Pendant plusieurs mois, le même tableau persiste malgré le traitement. La famille très coopérante et tolérante le prend régulièrement en permission. Dans le pavillon, déambule ou est affalé sur une chaise. On arrête haloperidol et largactil. Un essai de Moditen par voie orale n'entraîne guère de modification du tableau. On le met quand même au Moditen Retard : après plusieurs mois aucune modification si ce n'est qu'il vient (assez rarement) voir son médecin pour lui faire part de son délire. Dans le pavillon il est pareil à lui même : aussi apragmatique et autistique. Le frère signale que pendant

les permissions, il arrive à lui faire faire de menus travaux... M. S... regarde le télévision, il est calme "et obéissant" dit la belle soeur.

Pour nous ce cas, grave et rebelle a toutes les autres thérapeutiques, s'inscrit dans la série des échecs, sans aggravation mais aussi sans amélioration notable.

C O N C L U S I O N

Notre propos sur l'oenanthate de fluphénazine n'a pas la prétention d'être exhaustif. C'est une contribution à l'étude des effets cliniques du Moditen Retard qui peut être classé dans les neuroleptiques majeurs. Notre étude a porté sur une cinquantaine de cas tant en hôpital psychiatrique qu'en pratique ambulatoire. Il s'agit de psychotiques, pour la plupart de schizophrènes. Pratiquement, tous ont reçu du Moditen ordinaire avant la passage à la forme retard - pour quelques uns, l'oenanthate de fluphénazine a été administré d'emblée. Dans le domaine de la posologie, nous sommes restés très classiques avec des doses variant de 50 à 250 mg espacées de 1 à 4 semaines, le plus souvent 100 mg tous les 15 jours. Nous y avons adjoint systématiquement un apport modéré de correcteurs. L'adjonction de Ponalide par voie parentérale à l'injection de Moditen Retard, nous a paru intéressante pour atténuer, voire supprimer les phénomènes de somnolence et d'asthénie, d'ailleurs modérés qu'on observe parfois dans les 48 heures suivant les premières injections du produit.

La tolérance locale est parfaite. La tolérance générale également. Un seul syndrôme neurologique important (notre observation n° 8) nous a obligé à suspendre le traitement.

Si nous considérons l'évolution des malades traités au Moditen Retard avec un recul de 6 mois à 2 ans, nous nous trouvons devant 3 éventualités :

1 - Dans un nombre non négligeable de cas, près de 30 % dans notre population, nous sommes devant un échec total et imprévisible (il faut souligner que bien souvent aucun neuroleptique ne s'est montré plus actif). Dans 2 cas, le Moditen Retard nous a semblé accélérer la rechute ou provoquer une aggravation.

2 - Ailleurs, l'amélioration a été très nette, permettant la sortie de l'hôpital, la réintégration du malade dans la vie familiale et socio-professionnelle. Plus souvent, peut-être, chez les femmes, la reprise de l'activité et des relations constitue, de l'avis de tous, une guérison.

3 - Enfin si nous considérons ce qui se passe chez les malades insuffisamment améliorés pour sortir et dont certains sont maintenant dans le service sous oenanthate depuis près de 2 ans, (il s'agit dans presque tous les cas de schizophrènes hospitalisés depuis plusieurs années), l'évolution nous a paru se faire en deux temps :

Dans les premiers mois du traitement on peut résumer la situation en disant qu'on n'entend plus parler d'eux ; silencieux, inactifs sans ostentation ou tout aussi sûrement camouflés sous la monotonie d'habitudes régulières, ce sont par excellence les malades sans problèmes pour la communauté. Du moins, peut-on longtemps le penser.

Mais plusieurs d'entre eux, au bout de 6 mois à 1 an sous Moditen Retard, sortent de cet effacement, viennent voir leur médecin, parlent, formulent diverses demandes et surtout expriment à nouveau des thèmes délirants, et personne dans l'équipe soignante ne s'y trompe - ils ne rechutent pas. On ne peut dire qu'ils se remettent à délirer, car justement ils confirment qu'ils n'ont jamais cessé, donnent avec ce délire la clé d'apragmatisme ou de gestes presque banaux dont on a souvent méconnus l'importance.

Deux points capitaux sont à retenir dans ces cas :

D'une part, aucune critique n'est entreprise, mais tout se passe simplement comme si se corrélaient possibilité d'exprimer le délire et diminution de la prégnance des thèmes délirants, pourtant évoqués comme encore anxiogènes. Le malade explique ses conduites bizarres, en même temps qu'il les abandonne, en fait au moins partiellement.

D'autre part, cette évolution s'incère bien souvent dans un ensemble de reprise d'initiative, de constructions, de projets d'avenir valables... où se manifestent à la fois une sorte d'éveil et la récupération de capacités d'élaboration, constituant un tableau franchement positif. Il faut d'autant plus y insister que celui-ci fait suite à une longue période où le traitement ne semblait guère autoriser l'espoir de tels résultats et où se posait à nous le problème d'un arrêt du Moditen Retard où d'un caractère particulier au traitement par la forme retard et qui nous a, dans tous les cas, permis de "pa-

tienter", à savoir, le maintien d'un certain équilibre tout au long de l'évolution, l'absence de bouleversements brutaux, et la progressivité des modifications observées.

Ceci nous amène à signaler que le Moditen Retard que nous avions d'abord utilisé comme forme de remplacement du Moditen Simple, nous est apparu quelque peu différent dans certains de ses effets, ce qui nous a conduit à l'envisager "comme un autre médicament" et à l'employer dans ce sens, parfois d'emblée.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. P. PICHOT

Vu, le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

Adjoint au Recteur de l'Académie de Paris

C. CHALIN

B I B L I O G R A P H I E

ALVES GARCIA J. et Coll.

Experiencias psicofarmacologicas com um novo derivado fenotiazinico de açao prolongada

Hosp., 67, pp. 29-41, 1965.

BARSA J.A., SAUNDERS J.C.

A double-blind study of fluphenazine enanthate (Etude a double insu de l'Enanthate de Fluphénazine)

Dis. New. Syst. 26, n° 8, pp. 496-498, 1965

BARTHOLEMEW A.A., HOLT N.F.

A long acting phenothiazine, clinical trial

Med. J. Austral. I., pp. 12-18, 1966.

BARTHOLEMEW A.A.

A long-acting phénothiazine as a possible agent to control deviant sexual behavior.

Amer. J. Psychiat. 124, n° 7, pp. 917-923, janv. 1968

BLACHLY P.H.

Dépot Fluphenazine Enanthate in the treatment of out patients schizophenica (Traitement par l'Enanthate de Fluphénazine retard des schizophrènes non hospitalisés)

Journal New Drugs, U.S.A., 5 n° 2, pp. 114-118, 1965

Bull. Signal. n° 1, 27-13-624,1966.

BOISSIER J.R., SIMON P. et LWOFF J.M.

Etude pharmacologique d'un neuroleptique à action prolongée : l'Enanthate de fluphénazine Médicina Pharmacologia Experimentalis, 14, n° 5, pp. 435-442, 1966

Techn. Pharm. n° 123, 145, Septembre 1966.

BORNSTEIN S., TUFFET P., ARBOUSSE-BASTIDE, J.C. POSTEL J.

Utilisation de la fluphénazine sous deux formes : dichlorhydrate et Genanthate.

65ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Dijon, 4-9 Juillet 1967.

BURKE J.C., HIGH J.P., LAFFAN R.J. et RAVARIS C.L.

Dépot action of fluphenazine (Prolixin) enanthate in oil.

Fédération Proc. 21, p. 339, 1962.

BURKE J.C. et Coll.

The prolonged action of Fluphenazine Enanthate in oil after depot injection. (Action prolongée de l' l'Enanthate de Fluphénazine dans l'huile après injection dépôt).

Infernation J. Neuropsychiatry. 1 n° 4, pp. 300-306, 1965

DELAY J., DENIKER P., PERIER M. et DALLE B.

Intérêt des composés d'activité prolongée pour la conduite des cures neuroleptiques. (A propos de l'Oenanthate de Fluphénazine).

La presse Médicale, 75, n° 24, pp. 1243-1246, Mai 1967

DEMARS J.P. C.

Neuromuscular effects of long-ferm phenothiazine medication electroconvulsive therapy and leucotomy

The Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 143, n° 1, pp. 73-79, 1966.

EBERT A.G., HALES H.L. et HESS S.M.

The metabolism of C14-fluphénazine (Prolixin) enanthate.

Federation Proc., 22, p. 539, 1963.

EBERT A.G., HESS S.M.

The distribution and metabolism of Fluphenazine Enanthate (Répartition et Métabolisme de l'Oenanthate de Fluphénazine).

J. Pharmacol. Exper. Therapeut. U.S.A., 148, n° 3, pp. 412-421, 1965.

Bull. Signal. n° 1, 27-13-626, 1966.

FOUKS L. PAGOT R., PERIVIER Ed., Mme GILBERT et MM. HOUSSAIT et LERNO.

Traitement des Psychoses par l'Oenanthate de fluphénazine.

64ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Francaise, Grenoble, 12-17 Septembre 1966.

FOUKS L., PERIVIER Ed., Mme GILBERT, Mme FERRAGU, MM. LERNO, HOUSSAIT et FROGE.

Essai Clinique sur l'Oenanthate de fluphénazine Annale Médico-Psychologiques, T.1., n° 1, p. 140 Janvier 1967

Compte rendu Société Moreau de Tours, Séance du 23 Octobre 1966.

FOUKS L., PERIVIER Ed., HOUSSAIT A., Mme GILBERT, Mme FERRAGU et LERNO M.

Indications et modes d'administration de l'Oenanthate de Fluphénazine.

Annales Médico-Psychologiques. T.2, n° 2, pp. 276-281, Juillet 1967.

GAYRAL L., OULES J., FOURNY L., Mlle GRAND-MONTAGNE O., MILLET L., PERETTI A., ROUX G. et DUROU B.

Méthode nouvelle de chimiothérapie en psychiatrie par neuroleptique à effet prolongé : l'Oenanthate de fluphénazine.

La Semaine des Hôpitaux, 44, n° 19, pp. 1298-1300, avril 1968.

GAYRAL L.

Les neuroleptiques Retard. Indications et technique d'utilisation.

Ext. du Vol. Thérapeutique Bichat 1968 et de la Semaine des Hôpitaux, 44ème Année, n° 10, Décembre 1968, pp. 669-671.

GRANDEAU C.

Contribution a l'étude des Problèmes posés par le passage d'une therapeutique orale, à une Thérapeutique retard, dans les Psychoses schizophreniques.

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon le 11 Décembre 1968.

HESS S.M., YALE H.L. et EBERT A.G.

The métabolisme of Prolixin Enanthate. Psychopharmacol Service Center Bull, 2, pp. 71-72, 1962.

KINROSS-WRIGHT J., VOGT A.J. et CHARALAMPOUS K.D.

A new method of drug therapy (l'Enanthate de fluphénazine (SQ 16.144) nouvelle méthode de traitement médicamenteux).

Am. J. Psychiat. 119, n° 8, pp. 779-780, février 1963

KINROSS-WRIGHT J. et CHARALAMPOUS K.D.

A psychopharmacologiy Research Unit.
Dis. Nerv. Syst. pp. 299-301, may 1963.

KINROSS-WRIGHT J.

A controlied study of a very long-acting phenothiazine.

Internat J. Neuropsychiat. 1, pp. 66-70, 1965.

KLINE N.S. et SIMPSON G.M.

A long-acting phenothiazine in office pratice

Am. J. Psychiat. 120, pp. 1012-1014, april 1964

KURLAND A.A., GRUENWALD F., VEGA L. et WITTING B.A.

Fluphenazine (Prolixin) enanthate - A phenothiazine prepar tion of prolonged activity.

Current Therap. Res. Vol. 6, n° 3, pp. 137-147, Mars 1964.

LAFFRAN R.J.,!HIGH J.P., BURKE J.C.

The prolonged action of fluphenazine enanthate in oil after depot injection.

Inter. J. Neuropsychiat. 1, 300, 1965.

LAMBERT P.A., MIDENET M., Mme MIDENET J., MARCOU G. et BOUCHARDY M.

Perspectives nouvelles offertes par un neuroleptique injectable retard : l'Oenanthate de fluphénazine.

Annales Médico-Psychologiques. T.1., n° 5, pp. 702-704, Mai 1966.

LAMBERT P.A., MIDENET J. et M. MARCOU G.
et BOUCHARDY M.

L'Oenanthate de fluphénazine, produit neuroleptique retard utilisable dans le traitement extra-hospitalier des psychoses chroniques.

Le journal de Médecine de Lyon, n° 1116, pp. 351-355, 5 mars 1967.

Société de neuro-psychiatrie médico-sociale de la région lyonnaise, Séance du 13 Novembre 1966, annales Médico-Psychologiques, T. 1, n° 1, p. 136, Janvier 1967.

LAMBERT P.A., MARCOU G. et BOUCHARDY M.

Traitement maniable des psychoses chroniques en pratique ambulatoire.

Extr. Volume Thérapeutique Bichat 1967.
La semaine des Hôpitaux, n° 9, pp. 539-542, novembre 1967.

MADALENA J.C.

A quimioterapia de açao prolongada em psiquiatria

O Hospital 67, pp. 43-56, Janvier 1965.

MEGRE VELLOSO F., PAPROCKI J.

Essais cliniques d'un neuroleptique phénothiazinique à action prolongée : l'Oenanthate de Fluphénazine (SQ 16.144)

Hospital, Bras 68, n° 1, pp. 71 81, Juillet 1965

PERIVIER Ed., FOUKS L., MATHIS Mme GILBERT, MM. HOUSSAIT et FROGE.

Interêt de la fluphénazine et de l'Oenanthate de fluphénazine à fortes doses.

55ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Dijon 4-9 Juillet 1967.

POLLACK S. L., TOURLENTES Th. T. et ZOCCHI A.F.

Clinical trial of fluphenazine enanthate ; a long-acting injectable tranquilizer. (La fluphénazine énanthate, un tranquillisant injectable d'action prolongée).

Am. J. Psychiat. 121, n° 1, pp. 73-74, Juillet 1964.

POLVAN N., SONGAR A. et ZIVALAR A.

Evaluation des résultats obtenus par le traitement de fluphénazine oenanthate chez les schizophréniques.

64ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française, Grenoble, 12-17 septembre 1968.

RAVANIS C.L., WEAVER L.A. et BROOKS G.W.

A controlied study of fluphenazine enanthate in chronic schizophrenic patients.

Dis. Nerv. Syst. 26, pp. 33-39, 1965.

SIMPSON G.M., AMIN M., KUNZ E. et Mc CAFFERTY F.V.

Studies on a second long-acting fluphenazine (Etude sur une seconde fluphénazine a action prolongée).

Am. J. Psychiat. 121, n° 8, pp. 784-787, février 1965)

YALE H.L., COHEN A.I. et SOWINSKI F.

Esters of 4 - 3 - 2 - (Trifluorométhyl) phenothiazin-10-yl propyl-piperazineéthanol as long-acting tranquilizing agents. Synthesis of 4-3-2 (Trifluorométhyl)-phenothiazin-10-yl propyl-1-piperazine-éthanol-éthyl-C14 and is ester with heptanoic acid.

J. Med. Chem. Vol. 6, pp. 347-350, July 1963.

WINTROB R.M.

Use of a long-acting phenothiazine in acute manic states.

Diseases Nervous System, 28, pp. 323-324, may 1967